

Coachingvertrag + Datenschutzeinwilligung zwischen Franziska Bankwitz und

Name des Patienten _____

Adresse _____

Ort _____

Telefon / Handy _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse: gesetzlich privat Zusatzversicherung

Als Honorar für eine Behandlung wird ein Betrag von EUR (135) vereinbart. Das Honorar ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

Für nicht rechtzeitig abgesagte Termine (werktags spätestens 24 Stunden vorher) fällt eine Ausfallpauschale von EUR (65) an, falls der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

Ich willige ein, dass meine Daten erhoben und gespeichert werden, (max. Aufbewahrungspflicht 10 Jahre) da der Heilpraktiker dazu verpflichtet ist (Art. 6 Abs. 1b DSGVO).

Ich weiß, dass ich ein Recht auf Auskunft, Löschung (nach 10 Jahren) und Sperrung der Daten habe. Ich habe zudem das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Landesdatenschutzbehörde: Postfach 3040, 55020 Mainz, email: pststelle@datenschutz.rlp.de. Die Datenschutzbelehrung habe ich erhalten.

Ort / Datum / Unterschrift _____

Hiermit willige ich ein, dass ich per email kontaktiert werden kann.
Diese Daten werden gespeichert und erhoben.

Emailadresse: _____

Datum / Unterschrift _____

Danke für ihre Aufmerksamkeit!